

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 4

**< ПЛАНИРАЊЕ** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 4 | Планирање | Дефиниције планирања. Покретање циклуса планирања. Мутни аспекти планирања. | Упознавање са процесом планирања здравствених програма и здравствених услуга. |

Copyright © 2019 – Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Сва права задржана. Без претходне писмене дозволе од стране Факултета медицинских наука забрањена је репродукција, трансфер, дистрибуција или меморисање неког дела или читавих садржаја овог документа, копирањем, снимањем, електронским путем, скенирањем или на било који други начин.

Copyright © 2019 – Faculty of Medical Sciences of University of Kragujevac. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying,, recording, scanning or otherwise, without the prior written permission of Faculty of Medical Sciences.

**САДРЖАЈ**

[ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОГРАМА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА 2](#_Toc7883648)

[Увод 2](#_Toc7883649)

[Дефиниције планирања 2](#_Toc7883650)

[Покретање циклуса планирања 3](#_Toc7883651)

[Нејасни аспекти планирања 4](#_Toc7883652)

[Парадокси 4](#_Toc7883653)

[Претпоставке 5](#_Toc7883654)

[Несигурност, двосмисленост, ризик и контрола 6](#_Toc7883655)

[Етика и планирање 7](#_Toc7883656)

Предавање бр. 4

**<** **ПЛАНИРАЊЕ** **>**

# ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРОГРАМА И ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

## Увод

Планирање је један од подухвата за који сви мисле да он или она могу то да раде. Реалност је да планирање није један задатак, и понекад може бити захтевно како би се добро обављало. Термин „планирање“ има мноштво укључујућих значења.

Истраживање значења и одређивање процеса планирања има значајну историју у јавном здрављу. Пионири планирања јавног здравља били су примарно забринути планирањем система и нивоа инфраструктуре. Планирање са националним или глобалним фокусом другачије је него планирање специфичних здравствених програма на нивоу локалних агенција. Ипак, велики део процеса који се користи у планирању здравственог система као целине може се применити и прилагодити планирању локалних здравствених програма.

Тензије ће увек постојати између планирања на локалном нивоу - рецимо, унутар једне мање заједнице или државе - и планирање на нивоу система као што су национална здравствена политика или Светска здравствена организација (СЗО). На свом минимуму локално планирање здравствених програма треба обављати са свесношћу о приоритетима и програмима успостављених кроз глобално и национално планирање. Осим тога локални процес планирања развоја здравствених програма може бити побољшан усвајањем процеса који се користе на системском нивоу.

Сврха овог поглавља је да искористи и прилагоди приступе који су развијени за системе у сврху локалног планирања програма. У те сврхе, оно идентификује алатке и технике које се тренутно користе у планирању програма или пројеката јавног здравља. Фокус није на врсти стратегијског планирања коришћеног од стране здравствених организација или агенција да осигурају одрживост организације, већ на тактичком планирању, које представља скуп планираних активности које се изводе у циљу имплементације ширег стратегијског плана. Тактичко планирање је више временски ограничено, усмерено ка задовољавању тренутних потреба и захтева, укључује тренутна научна сазнања у проналажењу одрживих и изводљивих алтернатива, и напредује у фазама од дефинисања проблема до имплементације. Иако се планирање генерално описује као линеарни процес, планирање програма је циклична активност, с рекурзивним догађајима који захтевају додатне или ревидиране правце деловања за живот једног здравственог програма.

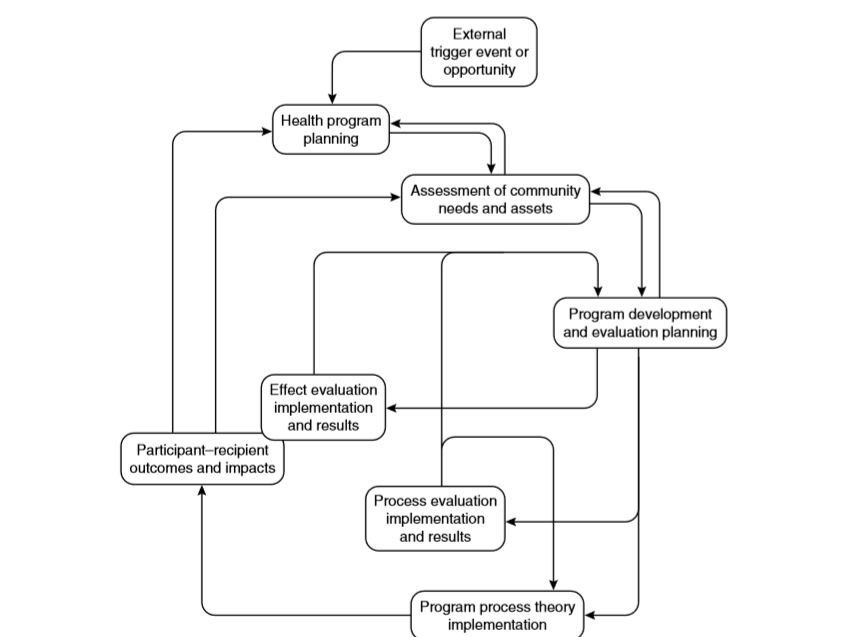
## Дефиниције планирања

Предложен је велики број дефиниција „планирања“. *Blum* (1974) дефинисао је планирање као намерно увођење жељене друштвене промене на правилан и прихватљив начин. *Nutt* (1984) је идентификовао неколико начина на које се планирање може приметити: као прогнозирање, као решавање проблема, као програмирање, као дизајне, као анализа политике и као одговор на проблем. Закључио је да планирање подразумева синтезу у виду састављања планова, политике, програма или нечега другог што је ново. *Hoch* (1994) је описао добро планирање као популарно усвајање демократских реформи у пружању јавних добара, док је Александрова дефиниција центрирана око идентификације стратегије за достизање будућих циљева *(Аlexander*, 1992). Ове дефиниције деле елементе коришћења рационалног приступа, увођења новина, и употребе демократског приступа. У смислу програма, планирање је сет активности у којима одређена индивидуа дефинише сет жељених побољшања, и успоставља средства како би дошао до жељених побољшања.

## Покретање циклуса планирања

Заједнички у свим моделима планирања који су развијени је укључивање различитих кругова повратне спреге између фаза или корака планирања, имплементације, евалуације и коначне повратне спреге до здравственог проблема. колективно, ове повратне петље креирају циклус (Слика 3-1).

**Слика 3.1**: циклус планирања и процене



Један механизам који иницира циклус планирања јавља се када се добије пажња утицајне особе. Велики број фактора може да делује као догађај који привлачи пажњу. Нове могућности могу стимулисати планирање здравственог програма, као што је најава донација или запошљавање ентузијастичног, мотивисаног и образованог запосленог који је страствен према одређеном здравственом проблему. Окидач може бити и обавезни процес, као што је петогодишњи процес стратешког планирања или обнављање донације. То може бити и мање позитиван догађај, као што је излагање медија или судски поступак. За оне који желе да покрену процес планирања, за добијање пажње од стране утицајних појединаца потребан је приступ њима, осмишљање поруке о потреби планирања на начин који је одмах привлачан, и демонстрирање важности проблема. Дакле, да би добили специфичан здравствени проблем или питање “на столу”, активисти могу користити истакнуте догађаје да привуку пажњу утицајних појединаца. Важност постојања истакнутог покретачког догађаја је да послужи као подсетник да кључни појединци ментално сортирају и бирају међу конкурентима који привлаче пажњу.

Kао што је приказано стрелицама на слици 3-1, резултати евалуације процеса и евалуације ефеката пружају информације и повратне информације за развој програма. Другим речима, индиректни покретач планирања може бити информација добијена евалуацијом која открива или неуспех здравственог програма, изузетан успех програма или потребу за додатним програмима. иако су информације о развоју и евалуацији здравствених програма представљене касније, реалност је да вишеструки могући путеви повратних информација током циклуса планирања чине процес много итеративнијим и флуиднијим него што се може адекватно приказати овде. Када се циклус покрене, рана фаза планирања се усредсређује на то како напредовати од свести о потреби или могућности до формалне процене и плана програма. Током ове фазе формирања, размишљање о развоју програма често генерише неорганизован скуп састанака и активности које се на крају формирају у више организовани образац. Један од разлога што је рана фаза планирања неорганизована је то што је неколико парадокса и претпоставки о планирању постало очигледно и морају се решити или им се барем посветити пажња.

## Нејасни аспекти планирања

Ми планирање сматрамо рационалним, линеарним процесом, са неколико нејасноћа и ретким споровима. Нажалост, ово није стварност планирања здравствених програма. Постоји много парадокса који су својствени планирању, као и укључене претпоставке, нејасноће и потенцијал за сукоб. Поред тога, важно је познавати кључне етичке принципе који су основа доношења одлука током планирања.

### Парадокси

Неколико парадокса прожима планирање здравља (*Porter*, 2011), што може или се понекад не може решити. Они који су укључени могу имати претпоставке о планирању које компликују чин планирања, било за здравствене системе или програме. Међутим, познавање парадокса и претпоставки може помоћи планерима програма да разумеју могуће изворе фрустрације. Један парадокс је у томе што се планирање обликује истим силама које су створиле проблеме које планирање треба да исправи. Једноставно речено, здравствени, друштвено-политички и културални фактори који су допринели здравственом проблему или стању су веома често исти фактори који утичу на процес планирања здравства. Другим речима, испреплетени однос здравља и других аспеката живота утиче на планирање здравља. На пример, становање, запошљавање и социјална правда утичу на многе здравствене услове који стимулишу планирање. Овај парадокс подразумева да је само планирање здравства под утицајем становања, запошљавања и социјалне правде.

Jош један парадокс је да је „добро“ појединаца и друштва које доживљава просперитет повезано са здрављем и добробити „лоше“ до те мере да овај просперитет такође производи лоше здравље. Просперитет у нашем модерном свету има своје сопствене здравствене ризике, као што су виши нивои холестерола, повећани стрес, повећан ризик од кардиоваскуларних болести и повећани ниво загађивача животне средине. Такође, док једна група напредује, друге групе често постају несразмерно лошије. Дакле, у мери у којој планирање здравственог програма промовише просперитет друштва или групе појединаца, јављају се здравствени проблеми за друге који ће захтевати планирање здравствених програма. трећи парадокс је да оно што је лакше и ефикасније може бити мање прихватљиво. Добар пример овог парадокса произлази из одлука о активним и пасивним заштитним интервенцијама. Активна заштита и пасивна заштита су приступи смањењу ризика и промоцији здравља. Активна заштита захтева да појединци активно учествују у смањењу својих ризика - на пример, кроз промене у исхрани или коришћење кацига за мотоцикле. Пасивна заштита се дешава када су појединци заштићени на основу неког другог фактора, осим њиховог понашања - на пример, флуорисање воде и обавезна забрана пушења на радном месту. За многе здравствене програме, пасивна заштита у облику здравствене политике или здравствених прописа може бити ефективнија и ефикаснија. Међутим, етичка и политичка питања могу настати када нагласак на пасивној заштити, путем закона и обавеза у целој заједници, не узима у обзир културалне трендове или преференције. Још један парадокс је да они којима је то потребно, ретко покрећу планирање здравствених програма, а чешће то чине здравствени професионалци, који иницирају овај процес. Овај парадокс се бави питањем ко зна најбоље и ко има најбоље идеје о томе како решити “стварни” проблем. Перспектива коју пружају здравствени стручњаци често не одражава шире, уобичајеније здравствене друштвене вредности (*Reinke & Hall*, 1988), укључујући вредности које поседују ти појединци са “проблемом”. Због тога што особе са потребом за здравственим програмом чешће знају шта ће им одговарати, учешће заједнице и заинтересованих страна постаје, не кључно већ је у великом броју случајева означено као обавезно од стране агенција које финансирају здравствене програме. Овај парадокс такође доводи у питање улогу здравствених стручњака у развоју здравствених програма. Њихова нормативна перспектива и научна сазнања треба упоредити са изборима појединаца који су можда допринели изазивању здравственог проблема. Последица парадокса који се бави изворима најбољих идеја је сазнање да политичари преферирају непосредне и трајне лекове, док здравствени планери преферирају дугорочне, стратешке и мање видљиве интервенције (*Reinke & Hall*, 1988). Генерално, људи желе да се излече од постојећих проблема, а не да размишљају o вероватноћи спречавања проблема који се могу или не морају појавити у будућности. Kао последица тога, превенција и дугорочна решења која изгледају очигледно практичарима јавног здравства могу бити у конфликту са решењима која су идентификовали они са „проблемом“.

Један од разлога зашто најбоља решења долазе од оних са проблемом је то што здравствени радници могу сматрати кривцима оне који имају здравствени проблем. Блум (1982) је на пример, идентификовао праксу “окривљавања жртве” као претњу ефикасном планирању. Када се каже да жена која доживљава насиље у породици “тражи то”, жртва је окривљена. Током процеса планирања, окривљавање жртве може се имплицитно и прилично суптилно манифестовати у групним окружењима кроз тумачење података о потребама, чиме се утиче на одлуке које се односе на те потребе. Став да је “жртва крива” такође може створити конфликт и напетост међу онима који су укључени у процес планирања, посебно ако су “жртве” укључене као улагачи. Активности за које се жртва окривљује треба да се преобликују у смислу узрока тих активности или понашања. Још један парадокс је чињеница да планирање треба да буде успешно; нико не планира да пропадне. Због пристрасности током циклуса планирања програма у корист успеха, неочекиване последице се не могу истражити или препознати. Неочекиване последице једне акције могу довести до потребе за другим здравственим одлукама које су саме по себи биле ненамерне (*Patrick & Еrickson*, 1993). Да би се овај парадокс превазишао, треба размишљати креативно на кључним тачкама у процесу планирања. Коначни парадокс планирања, који није укључен у *Reinke* и *Hall*-ову листу (1988), јесте да је већина планирања за промене, а не за стварање стабилности. Ипак, када се промена постигне, било да се ради о здравственом статусу појединца или о стопама здравствених проблема у заједници, постигнуће треба одржавати. Многи здравствени програми и иницијативе за побољшање здравља осмишљени су тако да се остваре у ограниченом временском оквиру, уз мало или нимало пажње на оно што се дешава након завршетка програма. Одговор на овај парадокс захтева да планирање предвиди исход здравственог програма и укључи план за одржавање постигнутих резултата.

### Претпоставке

Претпоставке такође утичу на ефикасност планирања. Прва и примарна претпоставка која лежи у основи свих процеса планирања је да се решење, лек или одговарајућа интервенција могу идентификовати или развити и обезбедити. Без ове претпоставке, планирање би било бесмислено. У основи, то је оптимистична претпоставка о способности планера, заинтересованих страна и тренутних сазнања науке да се позабаве здравственим проблемом. Претпоставка могућности даље претпоставља да су расположиви ресурси, било људски или други, довољни за извршење задатка и да су прикладни за решавање здравственог проблема. Претпоставка адекватног капацитета и знања се заправо тестира кроз процес планирања. Пратећа претпоставка је да планирање доводи до алокације ресурса потребних за решавање здравственог проблема. Ову претпоставку доводи у питање реалност да четири групе заинтересованих страна имају интерес у доношењу одлука у вези са здравственим ресурсима (*Sloan & Conover*, 1996) и свака група постоји у свим плановима програма. Они који имају здравствени проблем и који су чланови циљне групе за здравствени програм су једна група. Друга група заинтересованих страна су здравствени обвезници, као што су осигуравајућа друштва и локалне, федералне и филантропске организације за финансирање. Трећа група су индивидуални здравствени радници, здравствене организације и мреже. Коначно, јавност је интересна група, јер на њу утиче како се средства издвајају за здравствене програме. Ова листа група заинтересованих страна наглашава разноликост мотива које свака група има за укључивања у планирање здравствених програма, као што су лична добит, видљивост за организацију или стицање ресурса повезаних са програмом.

Друга претпоставка о онима који су укључени је да они деле сличне ставове о томе како да планирају здравствене програме. Током процеса планирања, њихове тачке гледишта и културалне перспективе ће вероватно доћи у контраст. Hoch (1994) је сугерисао да планери морају знати шта је релевантно и важно за тренутни проблем. Планери могу веровати у један скуп циљева и вредности заједнице, али ипак препознати ваљаност и заслугу конкурентских циљева. Он тврди да ефикасно планирање захтева толеранцију, слободу и правичност и да су техничке и политичке вредности две основе за давање савета за планирање. Другим речима, заинтересоване стране укључене у процес планирања морају бити вођене ка поштовању, а можда и примени различитих перспектива о планирању. Свака група заинтересованих страна претпоставља да постоје ограничени ресурси који се могу расподелити за решавање здравственог проблема и да прихвата или да реагује на различит скуп стратегија за доделу здравствених ресурса. Настали конфликти међу заинтересованим странама због ограничених ресурса појављују се приликом расподеле средстава у здравственом систему или међу програмима за специфичне здравствене проблеме. Ограничени ресурси, било стварни или не, постављају етичка питања о томе шта учинити кад је могуће да ће добити од потребних здравствених програма или политика бити мале, посебно када се здравствени програм бави озбиљним здравственим проблемима. Занимљиво, претпоставка о ограниченим ресурсима паралелна је са парадоксом да се планирање одвија око онога што је ограничено, а не у обиљу. Ретко се расправља о обилним или неограниченим ресурсима за планирање здравства. Нарочито у Сједињеним Америчким Државама, где постоји невероватан број волонтерских сати, интересовања, волонтерских група и енергије. Постоји и изобиље опреме која је повучена из употребе, а која може бити прикладна у неким ситуацијама. Такви ресурси, иако нису гламурозни или не представљају значајан унос у билансу стања, заслужују да буду признати у процесу планирања. Још једна претпоставка о процесу планирања је да се оно одвија на уредан начин и да је рационалан приступ најбољи. Да бисмо разумели импликације ове претпоставке, прво морамо признати да су четири кључна елемента нераздвојна у планирању: несигурност, двосмисленост, ризик и контрола. Присуство сваког од ових елемената је контрадикторно претпоставци рационалног приступа и свака генерише сопствене парадоксе.

### Несигурност, двосмисленост, ризик и контрола

Упркос правилном приступу који подразумева употреба термина „планирање“, на овај процес утичу и границе научне рационалности и корисност података да се носи са несигурностима, нејасноћама и ризицима којима се процес планирања бави.

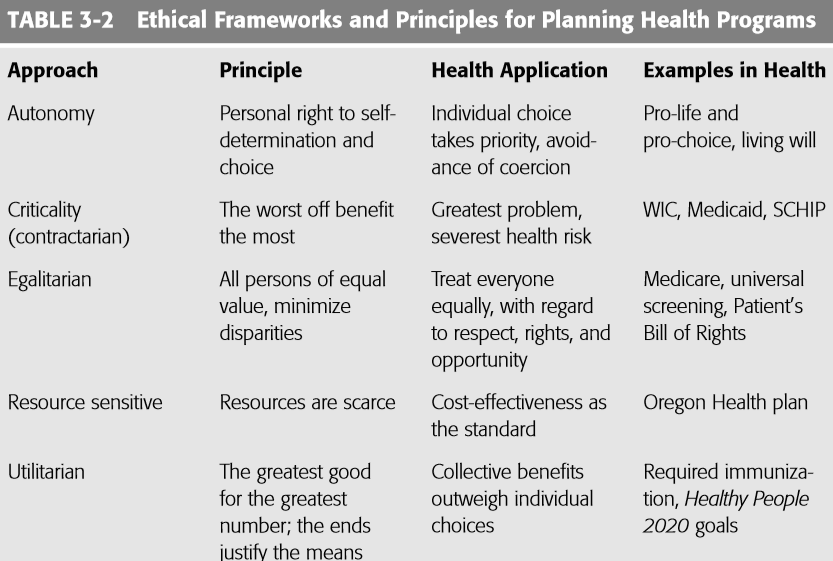
Несигурност је непозната вероватноћа могућег исхода. (*Rice, O’Connor, и Pierantozzi,* 2008) су идентификовали четири врсте неизвесности: врсте и количине ресурса, технолошку, тржишну прихваћеност производа и организациону. Свака од ових несигурности ће бити присутна у планирању здравствених програма. Двосмисленост је сумња у вези правца деловања који произлази из свести да постоје познати и непознати фактори који могу смањити могућност сигурности. У том смислу, двосмисленост доводи до неизвесности. И несигурност и двосмисленост прожимају процес планирања јер је немогуће знати и проценити учинак свих релевантних фактора - од свих могућих узрока здравственог проблема, до свих могућих здравствених ефеката од програмских интервенција, до свих могућих дела и намера појединаца. Рационални приступ планирању претпоставља да се сви релевантни фактори могу у потпуности објаснити предвиђањем ефекта програма, али наша искуства као људи говоре нам другачије.

Двосмисленост је осећај који је нелагодан и непожељан. Промена, или могућност промене, је вероватни извор двосмислености. ово може објаснити зашто је промена неугодна за оне који су погођени и касније утиче на вероватноћу успешне примене програма (*Reinke & Hall,* 1988). Дакле, генерално, предузимају се кораци или да се порекне двосмисленост, без обзира на њен извор, или да се она елиминише. Oба ова поступка имају потенцијал да доведу до конфликта међу заинтересованим странама и планерима, међу планерима и онима са здравственим проблемом и међу онима са различитим здравственим проблемима који се боре за ресурсе. Kонфликт, било да је реч о суптилном и пријатељском конфликту или отвореном непријатељству, умањује процес планирања захтевајући време и људске ресурсе за решавање. Ипак, у одређеној мери у којој је конфликт отворен и конструктиван, може довести до иновација у програму. Ризик је уочена могућност или неизвесна вероватноћа неповољног исхода у датој ситуацији. Здравствени планери морају бити свесни схватања и тумачења вероватноће од стране заједнице, јер се односе на здравље и болест. Ризик се не односи само на ризиковање (нпр. банджи джампинг или незаштићени секс), већ и на несигурност и двосмисленост (као што је случај са проценама стопе излечења и пројекција о будућим здравственим условима). Ризик је свеприсутан и нераздвојан са процесом планирања у смислу одлучивања о томе кога укључити и како, који приступ планирању користити, коју интервенцију користити и у процени који здравствени проблем заслужује пажњу. Важност разумевања ризика као елемента процеса планирања програма и циљне популације пружа планерима основу из које ће бити флексибилни и спекулативни.

Контрола, у смислу бити руководилац или управник, природна је реакција на присуство двосмислености, конфликта и ризика. Може имати облик усмеравања пажње и распоређивања ресурса или испољавања доминације над другима. Иако је контрола историјски била кључни елемент управљања, напредак у теорији сложености наглашава њене штетне ефекте у ситуацијама неизвесности (*McDaniel*,1997). Другим речима, решавање двосмислености, несигурности и ризика који би могли бити окидач за процес планирања захтева мање, а не више контроле. За оне који председавају и утичу на процес планирања, често се сматра да имају контролу над решењима здравственог проблема или стања, али је немају. Уместо тога, ефикасно вођење процеса планирања ограничава количину контроле коју врши било који актер и бави се анксиозношћу која често прати недостатак контроле.

### Етика и планирање

Биоетика, или примена етичких и филозофских принципа у медицинском одлучивању, тежи да се фокусира на доношење одлука у контексту акутне неге или одлуке о крају живота. Међутим, глобална забринутост око могућности пандемије, ширења болести на велики део или целокупну популацију, као и потреба за већом спремношћу за катастрофе довели су до примене етичких принципа у планирању здравља усмерене на становништво. Етички принципи, који произлазе из филозофије моралног понашања и који се користе као водичи за планирање здравства, одређују приоритет који се даје здравственим проблемима и приступима за решавање тих проблема. Избор етичких принципа и оквира који ће се применити из низа који постоји накнадно има последице током циклуса планирања и евалуације програма. Из тог разлога, неопходан је, кратак преглед неких од најчешће примењених етичких Оквира и принципа (Табела 3-2). Овај преглед није замишљен да буде свеобухватан или детаљан. Наиме, намера је да се уведу основни етички принципи који играју кључну улогу у планирању здравствених програма.



Аутономија је, као етички принцип, право да се донесе одлука у сопствено име. Примењена на здравствене програме, аутономија је одлука коју сваки потенцијални учесник или група учесника доноси, а односи се на придруживање здравственом програму. То је тако основни етички принцип, који се често узима здраво за готово као опција. Међутим, за неке групе, као што су особе са интелектуалним инвалидитетом, језичким дефицитом, или особе у коми, аутономија је компромитована. Један етички приступ, критичност, је да се фокусирамо на обезбеђивање оних који имају највећи или најтежи здравствени проблем или ризик. Под овом етичком филозофијом, особе са животно угрожавајућим болестима ће добити висок приоритет, као што су појединци који су изложени највећем ризику од изложености загађењу честицама ваздуха или којима је потребна трансплантација органа. Овај приступ би такође довео до нагласка на решавање здравствених проблема група као што су сексуалне раднице које злоупотребљавају супстанцe, изоловане жене које пате од физичкoг злостављањa и илегални радници на фармама. Овај приступ ће вероватно бити скуп за здравствене организације и за друштво. Насупрот томе, етички приступ једнакости би тврдио да сви појединци имају иста основна права и заслужују исти (једнак) приступ могућностима и ресурсима. Етика једнакости је у основи Пацијентовог закона о правима и пут ка универзалном приступу здравственој заштити. Из ове перспективе, најзанемаренији би требало да добију највиши приоритет у оквиру здравственог програма. Етички осетљив на ресурсе, приступ наглашава да је исплатив, тако да се потроши најмање средстава за највећу добит од здравља. Етика исплативости циља на заједничке здравствене проблеме са јефтиним решењима, као што је примарна превенција. На крају, приоритетима се може приступити из утилитарне филозофије, у којој постизање највећег добра или користи за највећи број особа је водећи принцип. Утилитарна етика би дала висок приоритет смањењу загађивача ваздуха и карантину особа са високо заразним болестима.

Велика већина јавних здравствених програма заснована је на утилитарном принципу, што га чини интегралним елементом креирања јавних политика. Ово се такође чини више као темељна вредност, а не етички принцип. Циљеви „Здрави људи 2020“ операционализују етику засновану на потребама и утилитарну етику усмеравајући пажњу, а тиме и напоре, према оним групама које су најудаљеније од националних циљних нивоа и препознавајући користи за друштво у целини. Постоји све већа глобална, национална и локална свест о потреби за спремношћу на катастрофе са природним и људским узроцима. Заједно са напорима током планирања, усмерених ка спремности да одговори на катастрофе, дошло је до паралелне свести да планирање за катастрофе има дубоке етичке импликације. Мере које се фокусирају на изолацију путем карантина, степен јавне здравствене надлежности и опсег снага реаговања, сви имају потенцијал да се сукобљавају са индивидуалном аутономијом и слободом. Стога, све више, планирање приправности на катастрофе јавног здравља укључује експлицитне изјаве етичких начела која треба поштовати током одговора и која се користе за вођење планирања.